

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N° 130

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par GASTON GETTEN

Né à Soustons (Landes) le 24 juin 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES RÉTRO-VÉSICAUX

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN et FAURE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1898

130

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par GASTON GETTEN

Né à Soustons (Landes) le 24 juin 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES HYDATIQUES RÉTRO-VÉSICAUX

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.
MARFAN et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

RIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs	M. BROUARDEL MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	EROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
	FOURNIER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	DUPLAY.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	BEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A M. ET MADAME PAUL-SAINTEMARIE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES RÉTRO-VESICAUX

INTRODUCTION

Les kystes que nous avons en vue dans cette thèse, doivent leur intérêt, à la région qu'ils occupent; leur rareté, le retentissement qu'ils exercent sur les organes du petit bassin, en font des tumeurs très variées dans leur aspect, et souvent impossibles à reconnaître, autrement que par un examen anatomique; encore, lorsqu'on les a sous les yeux, n'est-il pas toujours facile d'en déterminer le siège exact; nous n'en voulons pour preuve, que la diversité des opinions émises, au sujet de leur lieu d'origine. Le mieux, pour contribuer à donner plus de précision à leurs caractères, est d'en rapporter des exemples; c'est ce que nous avons voulu faire, et l'occasion nous en a été fournie, par une observation de « kyste

hydatique rétro-vésical », que nous avons puisée, dans le service de M. Tuffier; le cas, assez semblable à ceux que nous avons rencontré dans la littérature médicale, s'est déroulé, avec une netteté particulière. Notre intention, est de rappeler, à grands traits, l'histoire de ces kystes, d'envisager leur anatomie pathologique, leurs symptômes, d'en étudier le traitement; nous étayons cette étude, sur un certain nombre d'observations qui s'ajoutent, tout naturellement, à la nôtre.

Avant d'aborder ce sujet, qu'il nous soit permis d'adresser, à tous nos maîtres dans les hôpitaux, l'expression de nos remerciements.

Nous adressons l'hommage de notre reconnaissance, à M. le professeur Berger, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. Tuffier, a eu la bonté de nous accueillir dans son service, et de bien vouloir nous indiquer le sujet de cette thèse; nous l'en remercions de tout cœur.

HISTORIQUE

En 1852, Charcot (1) lut, à la Société de biologie, un long mémoire sur les hydatites du petit bassin ; il en avait rencontré un cas, au cours de la dissection d'un cadavre de femme ; à propos de ce cas particulier, il a rassemblé des documents épars ; son mémoire a le grand mérite de grouper des observations, au nombre de 10, dont cinq se rapportant à des femmes ; nous les avons reproduites, en partie, plus loin ; dès cette époque, Charcot résout, nettement, la question du siège de ces tumeurs, en les considérant comme sous-péritonéales.

En 1867, Dolbeau (2) lut à la Société de médecine de Paris, une « note sur les kystes hydatiques du petit bassin » où nous retrouvons les idées de Charcot : « Chez l'homme, ces tumeurs se développent entre le rectum et la vessie ; chez la femme, on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin. C'est donc, toujours, la cloison recto-vaginale, ou recto-vésicale, qui est le siège de ces singulières tumeurs ».

1. *Bulletins de la Société de biologie.*

2. *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 278.

Davaine (1), dont l'autorité sur les questions des hydatides, est incontestée, nous dit: « Les hydatides de la cavité pelvienne se développent, ordinairement, dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, qui revêt les organes contenus dans cette cavité ; chez l'homme, elles n'ont pas d'autre siège primitif. »

En 1880, Bouilly, dans sa thèse sur « les tumeurs aiguës et chroniques de l'espace prévésical », se borne à faire remarquer, que les kystes hydatiques pré-vésicaux sont plus fréquents en arrière de la vessie, entre cette dernière et le rectum, qu'en avant, où on ne les rencontre presque jamais.

Légrand, en 1890 (2), sous l'inspiration de M. Tillaux, leur consacre sa thèse inaugurale. Nous aurons l'occasion d'en reparler ; cet auteur place les kystes, qu'on s'accordait, jusqu'alors, à considérer comme ne faisant pas partie de la vessie, dans la tunique vésicale elle-même ; et d'après lui, la plupart des observations citées par Charcot, confirmeraient cette manière de voir.

Dans le *Dictionnaire de Dechambre* Hache ne cite qu'une observation, celle de Pize, communiquée à la Société d'anatomie de Paris, en 1853.

En 1892, dans *Les tumeurs de la vessie*, M. Albaran, consacre un court chapitre à cette conclusion : il n'y a qu'un cas de véritable kyste vésical, celui de Le Sauvage (3).

1. Davaine. *Traité des Entozoaires*, 2^e édition 1897.

2. Légrand, *Th. sur les kystes hydat. de vessie*.

3. Observations dans les *Bulletins de Soc. Biologie*, 1852, Charcot.

Un an auparavant, avait paru, en Angleterre, une observation de Feenwick (1), rapportée plus loin, des plus intéressantes, en ce qu'elle montre, comment ces tumeurs, peuvent comprimer l'urèthre, et provoquer la rétention d'urine; comprimer les uretères, et s'accompagner de l'atrophie des reins.

La même année, au congrès français de chirurgie, M. Tuffier, (2) envisageait, à propos d'un cas semblable, la question de la localisation exacte des kystes, et il concluait à l'implantation primitive dans l'aponévrose prostatopéritonéale.

Routier, (3) en 1894, rapporte, dans la *Semaine médicale*, l'observation d'un malade atteint de kyste hydatique rétro-vésical, qui s'était présenté, à l'examen, avec une rétention d'urine; le cathétérisme fut difficile, le diagnostic fut égaré pendant quelque temps, par le fait d'une tumeur du ventre déjà opérée, et qui fit penser à un néoplasme; l'incision fut hypogastrique.

Les bulletins de la Société de chirurgie de 1892 contiennent, également, une observation communiquée par Vincent, de « kyste hydatique rétro-vésical, rétention d'urine et obstruction intestinale, laparotomie, suivie de suture du kyste à la paroi abdominale ».

En 1893, Binaud relate, dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, un cas de « kyste hydatique de la région rétro-vésicale ».

1. Feenwick. *British medical Journal*.

2. Congrès français de chirurgie, 1891.

3. Routier, *Semaine médicale*, 1894.

Nous avons eu soin, dans ce rapide historique, de ne nous occuper que des tumeurs rétro-vésicales, laissant de côté, volontairement, les kystes qu'on désigne simplement du nom de kystes hydatiques du petit bassin ; la question seule, des connexions avec la vessie nous intéresse.

ÉTIOLOGIE

Nous ne rappellerons pas, à propos des kystes hydatiques rétro-vésicaux, les notions générales parfaitement connues, sur l'évolution biologique des échinocoques ; elles sont toutes applicables, ici.

On sait que le kyste hydatique représente la phase vésiculaire de l'existence des échinocoques ; ceux-ci, à l'état de vers intestinaux dans le tube digestif du chien, sont absorbés à l'état d'œufs, par l'homme ; une fois dans l'intestin, ils émigrent par des voies différentes, pour aller se fixer dans des organes, où on les rencontre presque exclusivement : (le foie), ou bien, en d'autres points où on les trouve plus rarement. Quel que soit le lieu de sa localisation, l'embryon hexacanthé s'entoure d'une vésicule remplie de liquide formé aux dépens de sa queue ; c'est la première vésicule la mère ; celle-ci, peut être stérile, ou bien prolifère ; dans ce dernier cas, à la surface interne, pousse un bourgeon qui n'est autre qu'une tête d'embryon munie de ses crochets, et dont les mêmes

transformations vésiculaires vont avoir lieu, ainsi de suite ;
i peut y avoir des poches mères, filles et petites-filles.

L'étiologie de nos kystes, suppose, par conséquent, une contagion par le parasite venu du chien ; pour des raisons inconnues, ils sont plus fréquents chez la femme, et à l'âge adulte.

Il serait intéressant de pouvoir suivre les migration du parasite dans son trajet chez l'homme ; nous le connaissons bien pour les hydatides du foie, quant aux autres, nous ne pouvons que supposer leur parcours.

Les voies, que suivent les œufs du *tœnia*, peuvent être rangées en quatre catégories :

1° Ils prennent le chemin de la veine porte, et vont coloniser dans le foie.

2° Ils s'engagent dans les lymphatiques du mésentère, et s'y développent (kystes du mésentère).

3° Ils circulent dans le réseau capillaire lymphatique, et, grâce aux communications de ce réseau, avec les grandes séreuses, (Becklinghausen, Ranvier) débouchent dans leurs cavités, donnant naissance aux kystes des séreuses (1).

4° Au lieu de s'arrêter dans les lymphatiques du mésentère, ces œufs, suivent la grande voie lymphatique du canal thoracique, aboutissent à la veine sous-clavière, de là, dans le cœur droit, au poumon, d'où ils peuvent revenir dans le cœur gauche, qui les distribue en différents points de l'économie. C'est certainement ce dernier trajet, que suivent les échinocoques, dont la dernière sta-

1. Bekel. *kyste du Pancréas*.

tion se trouve dans l'espace retro-vésical ; il reste, toujours, à se demander pourquoi on les rencontre toujours là, et *jamais en avant de la vessie* ; c'est, d'ailleurs là, un sérieux argument contre la théorie qui en fait des kystes vésicaux.

ANATOMIE PATHOLOGIE

Siège. — La détermination exacte du siège de ces kystes, n'est pas toujours facile; ils sont situés dans l'espace compris entre la vessie et le rectum, refoulant ces organes, chacun de leur côté, suivant leur mode de développement; si leur topographie générale est bien connue, il n'en est pas de même de leur lieu d'implantation.

Il faut dire que la majorité des auteurs, aujourd'hui, s'accorde à les considérer comme s'étant développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Cette opinion est exprimée très nettement en matière de conclusion, dans le mémoire de Charcot : « C'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, du petit bassin que, suivant nous, les kystes hydatiques de la région pelvienne prennent naissance; chez l'homme, ils n'ont pas d'autre siège primitif ».

Hunter, (1) pensait que ses kystes pouvaient provenir de la chute, dans le cul-de-sac de Douglas, d'une hyda-

1. Cit. par Charcot *Société de Biologie*, 1852.

tide, venue d'un viscère voisin, et qui aurait colonisé dans son nouveau domicile ; les migrations, actuellement connues, des échinocoques, nous dispensent de nous arrêter à cette hypothèse.

Les rapports de ces tumeurs avec le péritoine, sont très-intéressants : elles ne semblent pas prendre naissance dans la cavité même de la séreuse ; à l'autopsie, on voit que la membrane péritonéale, a été refoulée en tant qu'elle coiffe les kystes ; ceux-ci, du reste, évoluent, presque toujours, comme une tumeur du petit bassin, et non comme une tumeur abdominale ; nous les comparerions, volontiers, aux kystes de l'ovaire intraligamenteux.

M. Tuffier, (1) a émis une variante de cette opinion, au congrès de chirurgie français de 1891. D'après lui, le point de départ est dans l'aponévrose prostatopéritonéale : « ils soulèvent (les kystes), à mesure qu'il se développent, le péritoine de la face postérieure de la vessie le refoulent en avant, et en haut, et viennent se mettre en rapport avec la paroi abdominale, en coiffant, en quelque sorte la vessie ».

Il est difficile, de vérifier, exactement, la part de l'aponévrose prostatopéritonéale ; mais, l'implantation des échinocoques à son niveau, nous explique, fort bien, pourquoi le kyste s'accôle à la vessie ; l'aponévrose pelvienne supérieure l'enveloppe dans un dédoublement, et se continue, en avant, avec le fascia ombilico-prévésical ; les kystes doivent donc faire corps avec la vessie, et, nous

1. Congrès de chirurgie français, 1891.

ne devons pas nous étonner, qu'on les ait considérés comme des kystes de la vessie.

Telle est, d'ailleurs, l'opinion défendue dans la thèse de Legrand, faite sous l'inspiration de M. le professeur Tillaux. Cet auteur, après avoir cité diverses opinions, paraît surpris qu'on ait voulu séparer de la vessie des tumeurs qui, d'après lui, se développeraient aux dépens des tuniques de cet organe; il essaie de « montrer que les kystes hydatiques peuvent se développer dans la paroi vésicale, qu'ils s'y développent en effet, et qu'on en connaît un certain nombre d'exemples ».

Après avoir lu l'observation fondamentale consignée dans ce travail, nous ne trouvons pas qu'elle soit absolument probante. Nous ne nions pas, cependant, l'origine vésicale de certains kystes, car l'observation de Le Sauvage suffirait à nous prouver qu'ils peuvent exister.

Voici, un passage de l'observation de Le Sauvage invoqué à l'appui de l'opinion de Legrand, et qui nous paraît probant : « A un grand pouce de cette partie (col de la vessie), il existait une ouverture, qui conduisait dans une cavité, qui aurait pu contenir un verre de liquide. Cette ouverture, était de forme ovale, et avait près d'un pouce de hauteur. La circonférence, était comme frangée dans quelques points, et les portions de frange qui étaient une continuité de la muqueuse, avaient la couleur noirâtre qu'on remarquait dans cette membrane. *Il fut bien évident, que l'arrière cavité qui répondait à la paroi antérieure du rectum, était formée aux dépens du corps même de la vessie, et les fibres musculieuses y étaient aussi apparentes qu'à l'intérieur de la cavité principale* ».

La présence de fibres musculaires lisses, du même type que la musculature vésicale, a une valeur absolue; lorsque, sur la face interne du kyste, on en constate l'existence, on ne peut pas nier qu'il s'agisse vraiment d'un kyste de la vessie; cette constatation est très rare, et nous ne la trouvons que dans le cas de Le Sauvage.

Quant au cas de Pize, à propos duquel les doutes seraient permis, nous croyons qu'on n'est pas autorisé à le faire rentrer dans le groupe des tumeurs vésicales; voici, ce qu'on y trouve, au sujet de ces connexions intéressantes: « La vessie est hypertrophiée; les parois ont un centimètre environ d'épaisseur; la muqueuse est d'une couleur ardoisée. A côté, on voit des lacunes ulcérées, entourées par les faisceaux musculaires très développés. Près du sommet, dans un espace large comme une pièce de 1 franc, les parois sont ramollies, brunes et prêtes à se rompre. *Tout à fait au sommet, est un kyste d'hydatides, du volume du poing. Sur la face postérieure, sont plusieurs kystes contenant également des hydatides. Les tumeurs de la vessie dont il s'agit, étaient évidemment situées dans les parois mêmes de l'organe* (1) ».

La conclusion est, nous croyons, un peu trop nette; le voisinage immédiat de la paroi kystique et de la muqueuse, prouve, tout au plus, l'imminence de l'ouverture des hydatides dans la cavité de la vessie.

En résumé, une seule observation nous paraît se rapporter à des kystes hydatiques de la vessie; nous adop-

1. Pize, obs. in thèse de Legrand.

tons à, cet égard, les conclusions formelles de Charcot, d'accord, en cela, avec M. Albarran qui se rallie à son opinion, dans son traité des « *Tumeurs de la vessie* ».

Les vésicules séminales et la prostate, sont généralement écartées de la ligne médiane, par la tumeur qui les sépare.

En arrière, le rectum est plus ou moins comprimé; il échappe, cependant, à la compression, en se déjetant de l'un ou de l'autre côté de la région sacrée; en effet, on n'a pas signalé de cas, où l'aplatissement du rectum aurait été la cause d'une obstruction intestinale.

Le kyste agit sur le péritoine, en déterminant, à la longue, une irritation qui se traduit par des adhérences, et des néoformations de la séreuse; mais, celles-ci n'existent pas toujours; dans le cas de Legrand, opéré, par M. Tillaux, la face supérieure de la tumeur, était entièrement lisse. De même, dans notre observation personnelle, le péritoine était certainement sain; ceci, doit être la règle dans tous les kystes jeunes, et à contenu limpide. Le plus souvent, les autopsies font mention d'adhérences plus serrées, réunissant les organes du petit-bassin entr'eux et à la paroi pelvienne, ou bien, les différentes anses de l'intestin grêle.

Mais, il faut ajouter que, dans la plupart des cas, ces kystes avaient suppuré, et qu'il y avait ainsi, de bonnes raisons, pour que le péritoine réagisse. Les adhérences peuvent prendre la forme de brides, tendues d'un segment à l'autre de l'intestin; elles peuvent, en pareil cas, donner naissance à de l'obstruction.

Nous avons été surpris de constater, dans nombre d'ob-

servations, la difficulté, et, même, l'impossibilité du cathétérisme de l'urèthre, en même temps que la déviation de la vessie, sur l'un des côtés. S'agit-il, là, de coudure au niveau du bas-fond vésical ? Est-ce l'aplatissement de la vessie et la compression de l'urèthre qui déterminent cet accident... ? Nous ne pouvons conclure. Mais, ce dernier fait peut se voir, lorsque, comme dans le cas de Morand, rapporté plus loin, le kyste fait saillie dans l'intérieur de la vessie, « au point que la surface interne de ce viscère, qui doit être concave, étant comprimée postérieurement, faisait convexité en dedans ; ce qui avait, sans doute, fait la résistance remarquée avec la sonde, du vivant du sujet ». (1) D'ordinaire, le canal est dévié, contourné dans sa portion cervicale ; il est allongé, comme dans l'hypertrophie de la prostate.

Parmi les troubles de compression que peuvent amener ces tumeurs, citons : *La dilatation des uretères et des reins*, qui est mentionnée, dans la plupart des observations suivies d'examen anatomo-pathologique. « Les uretères et les reins, étaient également distendus par une grande quantité d'urine, saine et limpide.

Aucun de ces organes ne contenait d'hydatides ; leur tissu était, d'ailleurs, parfaitement normal.

La distension des uretères s'accompagne des lésions habituelles de la glande rénale ; les bassinets sont dilatés, les reins s'atrophient, au point que la sécrétion s'ar-

1. Observat. de Morand. Voy. *Thèse de Legrand*, 1890, observat. de Pize.

rête, à peu près complètement; c'est le cas du malade de l'observation dûe à Feenwick (1).

Le kyste en lui-même, ne présente pas de particularités; il est plus ou moins volumineux, depuis une orange jusqu'à une grosse tête de fœtus, et même au-delà. Ordinairement, il n'est pas isolé dans le petit bassin; la région peut être remplie.

Le contenu, consiste, le plus souvent, en un liquide eau de roche, où nagent des vésicules de diverses générations; mais, d'autrefois, le liquide est très peu abondant et on trouve, en quantité, des vésicules, pressées comme des grains de raisin: en pareil cas, à l'incision du kyste, on est surpris de ne pas voir s'écouler du liquide; il faut en être averti.

On a souvent trouvé, à l'autopsie, d'autres kystes développés en d'autres régions: dans le foie, le plus fréquemment, et les autres viscères de l'abdomen: l'épiploon le péritoine, l'intestin, la rate.

Les cas de kyste rétro-vésical unique, sont plutôt rares; citons l'observation de Charcot, celle de Feenwick, parmi les observations suivies d'autopsie; la nôtre, celle de Legrand, celle de Routier (2), sont moins certaines, puisque d'autres kystes pouvaient exister, en d'autres régions, à l'état latent.

Evolution des kystes hydatiques rétro-vésicaux. — Il est difficile de prévoir, en raison de leurs rapports, les

1. Feenwick. *British Medical Journal*, 1891.

2. Routier. *Semaine Médicale*, 1892.

diverses éventualités qui marquent l'évolution de ces kystes.

La rupture, est un accident souvent signalé ; elle se produit, le plus souvent, dans le rectum.

L'ouverture dans la vessie, s'est produite, à notre connaissance, une fois ; dans l'observation de Pize, la muqueuse vésicale était sur le point de s'ouvrir.

Jamais, la rupture ne s'est produite dans le vagin. Enfin, dans certains cas, le kyste peut se déverser dans la cavité péritonéale.

La suppuration peut survenir au cours de la maladie ; elle entraîne, à peu près fatalement, à moins que la mort ne survienne, l'irruption du contenu dans un des organes que nous signalons.

SYMPTOMES

Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, qu'en somme, les kystes hydatiques rétro-vésicaux ne différaient en rien, dans leur production et leur évolution, des autres kystes hydatiques de l'organisme. Nous pouvons faire la même remarque, en commençant l'étude des symptômes, car, ce qui les caractérise surtout, c'est la lenteur avec laquelle ils apparaissent, c'est le peu d'intensité des signes fonctionnels, qui font que le malade ignore longtemps l'affection dont il est atteint.

Le début est, en effet, entièrement insidieux; si bien, qu'il est presque impossible, lorsque, un malade vient consulter, de savoir depuis combien de temps il est porteur de son kyste.

Ce n'est pas par des symptômes particuliers, que le kyste hydatique se manifeste, mais, par des signes résultant de l'action de ce kyste, sur les organes voisins. Pendant des mois, et, à la lecture de la plupart des observations, on pourrait dire des années, le porteur d'un kyste est un individu bien portant ; s'il s'aperçoit de la présence d'une tumeur, c'est, fortuitement, à la suite d'un

accident, comme dans l'observation de Hern (1), où, un fermier succombe à la rupture d'un kyste hydatique rétro-vésical, après une chute de cheval, alors que ce kyste n'avait jamais attiré son attention.

Dans d'autres cas, la douleur est le phénomène initial ; mais le plus souvent, c'est une douleur vésicale, résultant soit de l'irritation, soit, plus fréquemment, de la compression du réservoir urinaire ; enfin, dans la plupart des cas, l'attention du malade est attirée, par une gêne dans la région hypogastrique, dans le périnée, et il constate, alors, la présence d'une tumeur dans le bassin.

Cette tumeur est peu volumineuse, d'ordinaire presque indolore ; aussi, n'inquiète-t-elle pas celui qui la porte. Il s'y habitue, et ce n'est, le plus souvent, que longtemps après, lorsque les phénomènes de compression des organes apparaissent, qu'il vient demander conseil, parce qu'il souffre.

C'est, en effet, la souffrance qui constitue à la période d'état, le principal, on pourrait dire le seul symptôme fonctionnel.

Cette souffrance, provient-elle du kyste?... Non, dans la plupart des cas, il ne détruit pas, il repousse les organes à la surface desquels il se trouve ; or, dans le petit bassin, chez l'homme, il a : en avant de lui, la vessie ; en arrière de lui, le rectum ; en bas, le périnée ; en haut, la grande cavité péritonéale où se logent les anses intestinales. Du côté du périnée, la cloison est solide, épaisse, résistante, aussi n'est-ce pas de ce côté qu'évoluera le

1. Hern, *Australian medical Journal*.

kyste; il ira en arrière, comprimer le rectum; mais ce dernier est un organe peu sensible, qui s'aplatit en arrière contre le plan résistant sacro-coccygien, et qui ne réagit cliniquement qu'en arrêtant le cours des matières; si donc, le kyste pointe en arrière, c'est par une constipation opiniâtre, qu'il se manifestera. Mais bien plus souvent, et notre rapide étude anatomique nous a appris pourquoi, la tumeur déprimera, en haut, le péritoine, fera disparaître en grande partie le cul-de-sac de Douglas, et viendra, au contact de la paroi abdominale antérieure, au-dessus des pubis.

En avant, elle trouve la vessie et, peu à peu, elle aplatit celle-ci contre la symphyse. La vessie, prise entre le kyste en haut et en arrière, la symphyse, en avant, le périnée en bas, est enserrée de tous côtés. Or, si l'aplatissement du rectum, donne lieu à des symptômes peu accentués, celui de la vessie, se manifeste, au contraire, très violemment. Lorsque l'urine vient s'emmagasinier dans son réservoir naturel, si ce réservoir, ne peut se distendre, il se manifeste des douleurs d'autant plus violentes, que la distension tend à se faire plus forte. Il en résulte que, dans la crainte de cette distension douloureuse, le malade vide très souvent sa vessie; il y est, du reste, sollicité par les réflexes vésicaux : *Douleur vésicale et pollakiurie sont les principaux symptômes des kystes rétro-vésicaux.*

Cependant, dans nombre d'observations que nous publions, on peut voir qu'il n'y eut jamais aucun symptôme vésical.

C'est que, dans ce cas, le kyste avait un pédicule []

ou moins long, qui lui permettait, pour ainsi dire, de s'énucléer du bassin, de remonter dans la grande cavité abdominale, tout en conservant attache au niveau de l'espace recto-vésical. Cette *variété* est celle qui se reconnaît seulement, lorsque surviennent l'une ou l'autre des complications que nous étudierons plus loin. C'est encore au chapitre des complications, que nous envisagerons les cas, où, une rétention brusque ou lente, est le phénomène, pour ainsi dire, initial, de l'affection qui nous occupe.

Il nous faut, auparavant, voir si, à côté de ces troubles fonctionnels si peu marqués, si fugaces, et si peu particuliers aux kystes rétro-vésicaux, nous n'aurons pas par l'examen direct, des renseignements plus précis.

L'examen du ventre, est souvent négatif ; cependant, nous voyons, dans notre observation personnelle, qu'il existait, au dessus du pubis, une voussure marquée. La palpation, dénote la présence d'une tumeur, ordinairement dure, rénitente, si bien que, dans l'observation de Legrand, on ne pouvait même, au début de l'opération, se prononcer sur la nature de cette tumeur. Si le kyste est pédiculé, il flotte, pour ainsi dire, au-dessus du bassin ; s'il est au contraire implanté, largement, en arrière de la vessie, il est enchâtonné dans le petit bassin, et tout mouvement appréciable lui est interdit.

La percussion dénote une matité absolue, au niveau de la tumeur, matité, dont le sommet arrondi tourné vers l'abdomen pourra, dans certains cas, être un élément de diagnostic. Il y avait, chez la malade opérée par M. Tuffier, empiétant sur cette zone de matité, un espace franchement sonore, et, cependant, lors de l'opération, il fut

constaté que le kyste était bien sphérique. Sans doute, s'agissait-il d'anses intestinales grêles, interposées entre la paroi et la tumeur, ou bien, de l'S iliaque, tendu, et appliqué à la face antérieure du kyste ; il est bon de signaler, croyons-nous, ce fait que nous n'avons pas trouvé ailleurs.

Il reste, encore, un examen qu'il faut se garder de négliger ; *le toucher vaginal* chez la femme ; sur lequel nous n'insisterons pas, car, la plupart de nos observations concernent des hommes ; *le toucher rectal*, chez ceux-ci. Par ce toucher rectal, on reconnaîtra, entre la prostate en bas, et les vésicules séminales de chaque côté, une tuméfaction lisse, rénitente, qui correspond au pôle inférieur du kyste ; on pourra, par le toucher combiné au palper abdominal, limiter, exactement, ce kyste ; enfin, caractère des plus importants, on pourra percevoir le frémissement hydatique.

On a beaucoup parlé du *frémissement*, comme symptôme principal des kystes hydatiques, et, c'est avec raison, car, sans aucun doute, ce caractère particulier permet d'affirmer un diagnostic. Mais, combien de fois, trouve-t-on ce signe pathognomonique, ou plutôt, combien de fois, ne le trouve-t-on pas ? Pour notre part, nous n'avons jamais constaté ce symptôme si important, et nous sommes heureux, d'avoir pu, enfin, combler cette lacune de notre éducation clinique.

C'est qu'en effet, souvent, les kystes hydatiques sont profondément placés, difficiles à palper, et que, du reste, le frémissement n'apparaît que dans les kystes fertiles, à nombreuses vésicules filles. Les kystes rétro-vésicaux

sont mieux situés que la plupart de ces tumeurs, et ceci nous explique que, dans plusieurs observations, le frémissement seul, ait pu guider le chirurgien. Particulièrement intéressante, à ce point de vue, est l'observation de M. Tillaux, rapportée par Legrand.

Le frémissement, peut se constater par l'abdomen ; chez notre malade, après M. Tuffier, après plusieurs élèves de son service, nous avons pu constater, nettement, le choc hydatique. La méthode de Davaine, (percussion avec le médius, deux autres doigts de la même main comprimant la paroi) est excellente. Mais, pour ces kystes pelviens, il est une autre façon de le percevoir ; la palpation abdominale, associée au toucher rectal, permettra au doigt, qui pratique ce toucher, de percevoir le choc des hydatides. Il semble, que ce frémissement soit d'autant plus net, que le kyste contient plus de vésicules filles et moins de liquide, et qu'il apparaisse seulement, avec toute sa netteté, dans les kystes jeunes, dont les hydatides sont dures et bien vivantes.

Tels sont les symptômes locaux fournis par le kyste. Nous ne ferons que signaler les phénomènes cutanés : l'urticaire, le prurit ; les troubles digestifs, caractérisés par du dégoût de certains aliments, qui semblent indiquer la présence de kystes dans le foie.

La marche et la durée de l'affection sont variables. Lentement, insidieusement, l'accroissement se fait ; les troubles de compression s'accroissent, et les complications apparaissent ; ou bien, le kyste, sous des influences pathogènes, meurt, subit la transformation purulente, et alors, le sujet est voué à l'hecticité, ou à la rupture si

dangereuse de sa tumeur, dans un des organes de la cavité pelvienne ou abdominale, si antérieurement, il n'a pas recours à l'action chirurgicale.

La rétrocession est-elle possible ? Nous ne l'avons observée dans aucune des observations que nous avons analysées ; il nous reste donc à voir comment se fait l'évolution du kyste, et à énumérer les complications auxquelles il peut donner lieu.

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS

Lorsque le kyste hydatique du bassin a un certain volume, pris entre des parois inextensibles, sauf en haut, il ne tarde pas à refouler toutes les parties molles qu'il rencontre. Le rectum, est, assez rarement, comprimé, nous l'avons dit. Souvent, cependant, la constipation est opiniâtre, comme dans l'observation personnelle de Legrand. Quant aux cas d'obstruction que nous avons relevés, ils n'avaient pas une origine rectale.

Du côté de la vessie, les troubles sont divers ; nous avons insisté, déjà, sur la douleur, souvent extrêmement vive ; l'élimination d'urine peut être troublée de différentes façons : ou bien il existe de la pollakiurie ; et, dans ces cas, la vessie comprimée ne peut contenir une grande quantité de liquide ; ou bien, au contraire, il s'établit une rétention plus ou moins complète ; la tumeur comprime, alors, le bas-fond vésical, et la vessie pleine ne peut se vider. Quoiqu'il en soit, dans les deux cas, l'élimination incomplète de l'urine, est la règle. Dans presque toutes les observations avec autopsie, on constate la dilatation des uretères et des reins. Nous n'avons pas besoin de montrer la gravité d'une telle situation, et, nous nous expliquons, mainte-

nant, très facilement, les cas de mort rapide, que signalent les auteurs, et, en particulier, Morand.

Nous ne connaissons pas, chez la femme, de troubles du côté du vagin et de l'utérus.

Mais, si le kyste devient considérable, ne pouvant se développer suffisamment, il devient le siège d'une tension excessive, qui peut, surtout, à la suite d'un traumatisme, se terminer par la rupture. Celle-ci, peut se faire dans le péritoine, et, si le kyste est franchement sain, on ne constatera que des accidents aigus, mais peu graves, qui s'apaisent rapidement, à moins d'infection secondaire du liquide. L'intoxication hydatique, est, quelquefois, assez prononcée. Dans ces cas, la propagation dans la cavité péritonéale, est la règle. La rupture peut se faire aussi dans la vessie, dans le rectum, dans l'intestin, très rarement dans le vagin.

Enfin, peut se produire la mort du kyste, et sa suppuration ; elle est annoncée, par l'élévation de température, la fréquence du pouls, les troubles digestifs de toute pyrexie.

Si l'évolution est lente, la fièvre prend, peu à peu, les caractères de la fièvre hectique, le malade maigrit, s'affaiblit et meurt de cachexie, ou d'une complication viscérale, intercurrente.

La suppuration du kyste, en rendant les parois très friables, favorisera la rupture. Lorsque celle-ci se fait dans le péritoine, une péritonite aiguë et généralisée se manifeste, comme dans le cas de Pize, à moins que, antérieurement, des adhérences protectrices, n'aient limité l'issue du pus dans

la séreuse, auquel cas, ce pus s'écoule ordinairement par l'intestin. L'observation de Le Sauvage, nous montre comment, ces adhérences, souvent bienfaisantes, peuvent parfois, sous forme de brides, étrangler l'intestin, et amener la mort, par obstruction aiguë.

PRONOSTIC

L'étude rapide des complications, nous fait voir, que le kyste rétro-vésical est une affection grave ; grave, parce qu'elle est insidieuse, et que, par conséquent, le malade n'y prête pas attention ; grave, parce qu'elle peut abandonner son caractère bénin, en un temps très court. C'est dire que l'action chirurgicale sera, ici, indiquée plus que partout ailleurs, et, nous allons voir, dans quelques instants, comment elle trouve son application.

DIAGNOSTIC

L'étude des symptômes nous a appris combien il était difficile de reconnaître un kyste rétro-vésical au début. Si le kyste est petit, il présente des phénomènes fonctionnels peu marqués, des signes physiques nuls. Lorsqu'il devient plus volumineux, c'est par l'étude de ces signes physiques, que l'on pourra affirmer le diagnostic. Tumeur dure, rénitente, arrondie, lisse, dans laquelle on pourra percevoir le frémissement hydatique, tels sont ses caractères.

Mais, le frémissement n'est pas constant. Il reste un élément de diagnostic : c'est la ponction exploratrice. Si nous insistons sur cette dernière, ce n'est que pour en montrer les inconvénients. Certes, la ponction exploratrice, a rendu, rend encore les plus grands services ; mais, dans le cas de kyste hydatique, elle ne fournira, souvent, que des renseignements erronés. Dans l'observation de Legrand, et dans plusieurs autres, nous voyons que la ponction, même répétée, n'a donné qu'un résultat négatif. Est-ce la membrane qui vient obstruer l'aiguille, est-ce, enfin, dans ces kystes secs, où, les hydatides

« sont pressées comme des grains de raisin », l'absence de ce même liquide intercalaire, qui amène cet échec ? Nous ne saurions le dire ; nous ne pouvons que constater. On peut donc pratiquer la ponction exploratrice, mais, il faut bien savoir, que, si elle ne donne rien, elle n'affirme pas, pour cela, l'absence d'un kyste hydatique.

Le diagnostic différentiel, sera, donc, bien difficile, dans certains cas, si le frémissement hydatique n'est pas perçu.

Chez l'homme, l'erreur la plus fréquente (et rapidement reconnue du reste) est, lorsqu'il existe de la rétention, de prendre le kyste pour une vessie distendue.

Le cathétérisme montrera que la vessie est vide, ou, si elle est pleine, l'évacuation ne diminue pas sensiblement la tumeur. Il est du reste possible de constater, dans certains cas, l'indépendance de la vessie.

L'observation de Legueu, au dernier congrès d'urologie est intéressante à ce point de vue. Lorsque la vessie était vide, on la sentait, sous la forme d'une tumeur flasque, dans la région inguinale droite ; lorsqu'elle était pleine, elle apparaissait, dans la même région, comme un globe sous-jacent à la tumeur considérable formée par le kyste.

Les affections vésicales, seront, donc, facilement éliminées.

Il sera plus difficile de savoir, si on ne se trouve pas en présence d'une tumeur du bassin ; si le sujet est jeune, on pense à éliminer les tumeurs malignes ; et, cependant, même, après l'incision de la paroi abdominale, M. Tillaux,

chez son malade, crut se trouver en présence d'un sarcome encéphaloïde.

Le fibrome péripelvien, le lipome, le myxome du bassin, sont des affections rares. De même, les tumeurs de la prostate ; et, dans ces cas du reste, l'erreur, serait pardonnable.

Chez la femme, nous signalerons les kystes de l'ovaire, du ligament large, les collections kystiques des trompes.

Nous n'insisterons pas, davantage, sur le diagnostic du siège, car, au point de vue clinique et thérapeutique, cela ne nous semble pas d'une importance capitale.

TRAITEMENT

S'il nous était permis, de tirer une déduction pratique, de notre rapide étude, nous dirions ceci : plus tôt sera traité le kyste hydatique, plus seront grandes les chances de guérison. Nous envisagerons, en effet, le traitement à deux périodes différentes de l'évolution de ces kystes :

A la période d'état, où le kyste vit et secrète.

A la période de purulence.

Lorsque le kyste suppure, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il faut l'ouvrir, comme on ouvre un abcès, le plus largement possible, pour vider la cavité très rapidement, et débarrasser ainsi le malade d'un large foyer de suppuration. L'incision périnéale, sans danger pour le péritoine, offre l'inconvénient d'agir près d'organes importants : les uretères, les canaux déférents ; mais elle est moins redoutable que l'incision hypogastrique ; et, du reste, elle nous semble permettre plus facilement, et le drainage et l'évacuation du pus. Le drainage se fait, soit, avec de gros drains en caoutchouc, soit, avec des mèches antiseptiques. Certains auteurs,

recommandent les grands lavages, d'autres, ne les acceptent pas.

Mais, passons rapidement à l'étude, du traitement, dans le cas, où le kyste contient des hydatides bien vivantes; nous sommes, alors, en présence d'une affection non septique, dangereuse seulement, par la compression qu'elle exerce sur d'importants organes, et, qu'il est nécessaire de supprimer.

Nous trouvons, parmi les auteurs, une grande divergence d'opinion. M. Albarran, dans son *Traité des tumeurs de la vessie* s'exprime ainsi (il s'agit d'un kyste retrovésical que M. Segond opéra par le périnée): « La voie opératoire suivie par M. Segond, est, évidemment, celle qui devra s'imposer pour un grand nombre de ces cas; l'opération est, en effet, d'une très grande simplicité, et le drainage se fait, naturellement, par le point le plus déclive ».

Sinon nous cherchons, alors, la communication de M. Tuffier, au Congrès de chirurgie, en 1891, nous y trouvons: « la meilleure voie d'attaque me paraît être l'hypogastre. En effet, l'incision rectale est dangereuse à cause de l'infection possible. La voie périnéale est dangereuse, par ce fait, qu'il est difficile, d'éviter le canal déférent et l'uretère ».

Notre faible compétence, ne nous permet pas de discuter ces opinions autorisées, mais il nous semble cependant, qu'en présence d'une affection non suppurée, il faut éviter autant que possible la suppuration secondaire. Or, tous ceux qui ont fait, pendant longtemps, des pansements du périnée, savent combien il est difficile d'éviter l'infection, dans cette région malpropre. Quoiqu'il en soit, par

la voie périnéale, ou par la voie hypogastrique, le traitement consiste en incision, évacuation avec ou sans lavage, extirpation, ou marsupialisation de la poche, et drainage consécutif. La guérison, par cette méthode, est obtenue au bout de 4 à 6 semaines, en moyenne.

La question du traitement des kystes hydatiques, par le bistouri, en était là, l'orsqu'au mois d'octobre dernier, M. Jonnesco, de Bucharest, vint faire à la Société de chirurgie, une communication sur un mode de traitement des kystes hydatiques, qu'il avait vu employer, souvent dans le service de Bobroff: « En 1897, j'ai eu l'occasion de voir, dans le service de Bobroff, plusieurs poches de, kystes hydatiques du foie qui avaient été traités d'une manière spéciale, laquelle, à ma connaissance du moins, n'a pas encore été employée jusqu'à ce jour. La méthode est simple: le kyste est ouvert, vidé de son contenu, puis, la membrane mère soigneusement extirpée; après quoi, on ferme la poche et l'abdomen.

Donc pas de marsupialisation, ni drainage, ni capitonnage de la poche. J'ai opéré par cette méthode deux malades qui ont parfaitement guéri. La durée du traitement, a été, dans les deux cas, de vingt et vingt-deux jours ».

C'est à la suite de cette communication que M. Tuffier, pensa à employer le procédé de Bobroff, pour le kyste retro-vésical qu'il allait opérer dans son service. On peut voir, par l'observation qui suit, la technique opératoire suivie. Il faut noter ce fait, que la membrane fibreuse du kyste ne fut pas extirpée, mais soigneusement « grattée » et mise au contact d'un antiseptique puissant.

Le malade, opéré le 10 novembre, sortait le 26 du même mois, avec une guérison opératoire parfaite.

Concluons-nous, d'après un seul cas, à l'excellence de la méthode ? Nous ne le pouvons pas, pour deux raisons : la première est, qu'en matière de thérapeutique, une seule observation est insuffisante pour déposer des conclusions ; la seconde, est que nous n'avons pas pu observer notre malade pendant assez longtemps, pour savoir s'il est bien définitivement guéri.

Quoiqu'il en soit, notre observation nous a semblé intéressante, au double point de vue du diagnostic, et du traitement, et nous la livrons sans commentaires.

OBSERVATION I. (Personnelle).

Le nommé L... Aristide, âgé de 26 ans entré à la Pitié, dans le service de M. Tuffier, le 8 novembre 1898.

Rien à signaler. dans les antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle, sujet robuste.

Depuis l'âge de 14 à 15 ans, il a toujours eu des besoins d'uriner fréquents ; il se levait, plusieurs fois, la nuit ; mais, en dehors de cette pollakiurie, il n'avait jamais remarqué rien d'anormal, avant ces derniers temps. Il y a 6 mois environ, qu'il sent dans le bas ventre, au-dessus de la symphyse, une tumeur ; c'est depuis cette époque, aussi, qu'il a commencé à souffrir de douleurs survenant par crises. Ces dernières, se produisent tous les quinze jours, toutes les trois semaines. Les douleurs sont telles, que le malade se roule à terre ; il ne

peut préciser le moment où elles surviennent par rapport aux émissions d'urine.

Il entre enfin à l'hôpital, en raison de la fréquence de plus en plus grande de ses crises douloureuses et de sa pollakiurie.

Examen :

Le malade n'est pas amaigri, sa constitution est excellente. Rien à signaler du côté du cœur, des poumons, de l'appareil digestif, où, il n'existe même pas de constipation.

Jamais, de démangeaisons ni d'urticaire ;

Pendant l'expiration principalement, la vue constate, au-dessus des pubis, une légère voussure remontant, à environ, un travers de main, et s'étendant, dans le sens transversal, jusque vers le milieu des aînes.

La percussion, à ce niveau, donne de la matité absolue ; à gauche, et au-dessus de cette matité, et, se continuant avec elle, une zone de submatité, allongée vers le flanc (Siliaque, colon ?) La percussion n'est pas douloureuse.

À la palpation, qui est également indolore, on sent une tumeur arrondie, absolument régulière, de consistance ferme, immobile, dépassant, comme nous l'avons dit, la symphyse pubienne de quatre bons travers de doigts, et atteignant, de chaque côté, le milieu du pli de l'aîne. Le cathétérisme aidant on peut se convaincre, que cette tumeur n'est pas formée par, la vessie qui est rejetée en avant, et vers sa droite, où, on parvient même à la sentir par le palper et, après évacuation de son contenu, sous forme d'un petit gâteau, allongé verticalement, et légèrement déplaçable, à droite et à gauche.

Par le toucher rectal, on sent, bombant, fortement, sous le rectum, par sa paroi antérieure, une tumeur arrondie, lisse, régulière, très fluctuante, assez douloureuse, non mobilisable,

qui, comme le montre, nettement, le palper bimanuel, n'est autre chose, que le pôle inférieur d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à contenu liquide, dont le pôle supérieur, est l'hypogastre. En explorant, attentivement, avec le doigt, la tumeur du côté du rectum, on voit qu'elle est située, entre les vésicules séminales, qui sont fortement refoulées de chaque côté, et, immédiatement, au-dessus de la prostate, qu'on sent à quelques centimètres au-dessus de l'anus.

On perçoit, très nettement, à plusieurs reprises, le frémissement hydatique, par la palpation abdominale, et cette sensation, est confirmée par le doigt, introduit dans le rectum.

Le malade n'a jamais de démangeaisons et d'urticaire ; mais, le frémissement constaté, permet, à M. Tuffier, de porter le diagnostic ferme de kyste hydatique, développé entre le rectum et la vessie, et, pointant vers la paroi abdominale, contre laquelle il écrase la vessie, en refoulant le péritoine, en haut.

Opération. — Le 10 novembre.

Ether. Incision sous-ombilicale de 0,10 centimètres environ, commençant au-dessus de la symphyse pubienne. Aussitôt, le plan musculo-aponévrotique ouvert, on tombe sur la paroi antérieure de la vessie, qui est affaissée, flasque, de couleur rosée, et repoussée en avant par la tumeur, située en arrière d'elle. On recherche le bord gauche de la vessie, on le décolle, et on récline tout l'organe, à droite ; on a, alors, en face de soi, la tumeur qui est grisâtre, et manifestement fluctuante. Le péritoine n'est visible en aucun point ; il doit être refoulé, en haut, et sur les côtés. Un coup de bistouri donné en pleine tumeur, fait jaillir le liquide, jaune pâle, absolument limpide, et sans odeur (plusieurs verres).

La boutonnière agrandie aux ciseaux, il sort, aussitôt, une

quantité considérable d'hydatides, à parois unies, transparentes, à contenu limpide, paraissant encore vivantes, et dont le volume, va de celui d'un pois, à celui d'un œuf de poule. Le plus grand nombre, a le volume d'une noix; avec les hydatides, continue à sortir, une quantité considérable, de liquide jaune-clair. Une fois le kyste complètement évacué de son contenu, et, malgré la facilité, avec laquelle la membrane kystique semble pouvoir être détachée des parties voisines, M. Tuffier, pense qu'on peut atteindre le même but, c'est-à-dire, la guérison, par un moyen plus simple; il éponge, vigoureusement la paroi interne du kyste, avec des compresses aseptiques, de façon à gratter, pour ainsi dire, cette paroi, puis, il y fait passer, à plusieurs reprises, une solution de sublimé forte enfin après y avoir laissé une faible quantité (un verre à liqueur) de cette solution, il referme la poche par une ligature en chaîne.

Fermeture de la paroi abdominale en étages. (3 étages).

10 novembre soir. — Le malade va bien, la température est cependant un peu élevée, le pouls est bon.

11 novembre. — Fortes démangeaisons, rougeurs par tout le corps, et plaques d'urticaire nettes; temp; 38°, pouls fort, mais fréquent, à 130. Le malade dit avoir souffert, et n'avoir pas dormi, malgré la morphine; il n'y a pas eu de vomissements, et les accidents semblent bien devoir être rapportés à l'urticaire.

12 novembre. — Urticaire persiste, mais la fièvre est tombée; température 37°,4. Le malade urine en assez grande quantité, mais, bien moins souvent qu'avant l'opération (2 fois, la dernière nuit).

14 novembre. — La fièvre a disparu. Le pouls, est à 96.

L'opéré se trouve très-bien, mais, se plaint, toujours, de démangeaisons atroces.

16 novembre. — Pas de fièvre. Urticaire a disparu ; il existe quelques douleurs abdominales qui précèdent l'envie d'uriner

18 novembre. — Rien à signaler.

21 novembre. — Etat parfait, les douleurs ont disparu, les urines sont normales mais le malade urine encore fréquemment, et en petites quantités ; le fait, prouve que sa vessie a été déformée, par une longue compression.

24 novembre. — Tous les phénomènes antérieurs ont cessé.

26 novembre. — Le malade rentre chez lui, sur sa demande, en excellent état de santé.

Depuis, le malade habitant la province, nous n'avons pu avoir de ses nouvelles; la lettre que nous lui avons écrite, est restée sans réponse.

OBSERVATION II.

Kyste Hydatique rétro-vésical. Incision hypogastrique. Tuffier.

Un jeune homme, de 27 ans, se présente avec tumeur hypogastrique arrondie à convexité supérieure lisse, molle, fluctuante. Son début remonte à trois mois. Les troubles fonctionnels consistaient: en trouble de la miction, et de la défécation. Au toucher rectal on sentait également la saillie et la tumeur de ce côté.

Connaissant les travaux antérieurs sur ce sujet, je n'hésitais

1. Tuffier. Congrès de chirurgie 1891.

pas à porter le diagnostic de kyste hydatique du bassin bien que trois ponctions faites par voie hypogastrique, eussent été négatives.

Je fis sur l'hypogastre une incision de douze centimètres, et trouvai la vessie refoulée derrière le pubis, comme si on avait introduit le ballon de Pétersen dans le rectum. En arrière d'elle, je trouve la tumeur qui est grosse comme une tête de fœtus; je ponctionne, rien ne sert.

J'enfonce, alors, le bistouri et incise largement; je retire plus de deux litres d'hydatides. Je suture la paroi du kyste à l'incision abdominale, et fait le drainage. Le malade guérit sans autre incident qu'une intoxication hydatide très accentuée, et quelques accès épileptiformes, chaque fois qu'on distendait la poche par le lavage.

Ces kystes se comportent, toujours, de la même façon; leur point de départ est dans l'aponévrose prostatopéritonéale, ils soulèvent, à mesure qu'ils se développent, le péritoine de la face postérieure de la vessie, le refoulent en avant et en haut, et vont se mettre en rapport avec la paroi abdominale, en coiffant, en quelque sorte, la vessie.

OBSERVATION III

Kyste hydatique rétro-vésical. Heresco (Résumée) (1).

M. Heresco, de Paris, rapporte l'observation d'un cas de kyste hydatique rétro-vésical, probablement prostatique, du service de M. le professeur Guyon.

Les premiers symptômes se sont traduits par une rétention

1. Heresco. *Congrès d'urologie*. Paris 98.

aiguë, complète d'urine, cette rétention survenant le matin quand la vessie était pleine, si bien que le malade se faisait réveiller la nuit pour uriner. Le 13 juillet dernier, rétention complète d'urine, et persistante, à la suite d'excès de boissons. Il fut envoyé à Necker ; on le sonda ; puis, le toucher rectal fit reconnaître une grosse prostate comme le poing, molle, fluctuante.

M. Heresco, lui fit la taille prérectale ; drainage. Par la plaie et le drain, il s'était écoulé un grand nombre de membranes sphacélées et des hydatides. La poche s'est rétrécie progressivement, et le malade est presque guéri, car, il n'a plus qu'un drain de 3 centimètres.

OBSERVATION IV

Legueu. *Kyste hydatique rétro-vésical (Résumé) (1).*

M. Legueu, de Paris, rapporte l'observation d'un malade de 24 ans, qu'il a opéré pour un kyste hydatique sous-péritonéal et rétro-vésical.

Cliniquement, la tumeur formait une saillie au-dessus du pubis, et occupait, transversalement, toute la largeur du petit bassin ; par le toucher rectal, on constatait qu'elle occupait le cul-de-sac rétro-vésical. Quant à la vessie, elle était refoulée au-dessus du pubis dans la région inguinale, où elle formait une poche arrondie, indépendante.

M. Legueu, reconnut à l'ouverture du ventre, que le kyste était développé au-dessous de la séreuse ; celle-ci, était absolu-

1. Legueu. *Congrès d'urologie*. Paris, 1898.

ment intacte. Il referma le péritoine, puis ouvrit la poche, et après l'avoir vidée, en réséqua une partie, et marsupialisa le reste.

Le malade sorti guéri au bout de 6 semaines.

OBSERVATION V

Vauzelle, Kystes hydatiques du bassin (Résumé).

M. Vauzelle, apporte des kystes hydatiques enlevés par la laparotomie, chez une femme qui se plaignait de douleurs abdominales et de mictions fréquentes.

Une masse hydatique, grosse comme le poing occupait le tissu cellulaire rétro-vésical et comprimait la vessie. Une autre masse était accolée à l'ovaire gauche qui, lui-même, était farci de petits kystes hydatiques. Enfin, en plein épiploon, on trouvait une grande quantité de kystes de petit volume.

OBSERVATION VI

In th. Legrand.

Louis P..., âgé de 36 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Il est né à Paris, et s'est toujours bien porté, jusqu'en 1873, époque à laquelle il entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 sep-

1. Vauzelle. *Société anat.*, 1897.

tembre, pour une grosseur, dont il souffrait dans le côté droit. M. Peter, dans le service duquel il fut placé, diagnostiqua un kyste hydatique du foie, ne fit pas d'opération, et le malade sortit le 2 octobre 1873, amélioré.

Quelques mois après, le malade raconte qu'il fut pris de frissons, de fièvre, qu'il dut rester huit jours au lit, et, qu'en suite, il ne sentit plus rien du côté du foie.

À la fin de 1874, se trouvant de nouveau malade, il alla consulter le Dr Weill, médecin de l'hôpital Rothschild, qui lui aurait fait un peu au-dessous de l'ombilic, et du côté gauche, une ponction, qui aurait, au dire du patient, donné issue à un litre environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche.

Louis P..., est peintre en bâtiments, et, depuis l'année 1875 à peu près, il est sujet, chaque année, à une ou plusieurs attaques de coliques de plomb.

Pendant l'été de 1889, étant entré à l'hôpital Tenon, pour une de ces attaques, le médecin dans le service duquel il était placé, s'aperçut que Louis P... portait une tumeur assez volumineuse dans la région-hypogastrique. Il pria l'un des chirurgiens de cet hôpital d'examiner le malade, et d'un commun accord, ils lui annoncèrent qu'une opération était nécessaire, et qu'on la ferait le lendemain.

Louis P..., qui ne souffrait nullement de cette tumeur dont il ne s'était même jamais aperçu, fut épouvanté de cette brusque perspective opératoire, et sortit de l'hôpital le soir même.

Mais, désormais, son attention ayant été attirée sur son affection abdominale, notre malade s'en préoccupa. Il s'aperçut que son ventre grossissait et, souffrant de nouvelles coliques de plomb, il entra le 12 novembre 1889 à l'Hôtel-Dieu

dans le service de M. Tillaux, salle Saint-Côme, n° 15. Il s'empessa d'attirer l'attention du chirurgien sur sa tumeur hypogastrique.

« La première pensée qui me vint à l'esprit, en jetant les yeux sur le malade, dit M. Tillaux, dans sa leçon clinique du 19 février 1890, fut, que j'avais affaire à une rétention d'urine. La forme arrondie de la tumeur, sa situation sur la ligne médiane, la fluctuation dont elle était le siège, me firent croire, d'abord, que je me trouvais en face de la vessie distendue, et remontant jusqu'à l'ombilic ».

Le malade interrogé, répondit qu'il venait d'uriner et que jamais, il n'avait senti aucune gêne de ce côté. Néanmoins, M. Tillaux le sonda ; il constata que la vessie était vide et que la tumeur restait exactement dans le même état.

Il fit en pratiquant le cathétérisme cette remarque, dont il se souvint plus tard que, au niveau du col de la vessie, le bec de la sonde, était manifestement dévié à gauche.

De quelle nature était la tumeur ?

Se fondant sur la marche tout à fait silencieuse, sur la fluctuation très nette, sur une légère sensation de frémissement, et sur les antécédents du malade, M. Tillaux pensa à un kyste hydatique auquel il assigna, pour siège probable, la couche celluleuse sous-péritonéale qui double la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

On fit, alors, une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, et, la surprise fut grande de voir qu'il ne s'écoulait aucun liquide ; force, fut donc, de penser que la tumeur n'était pas un kyste.

Le malade éprouva, à la suite de cette ponction, quelques douleurs qui se dissipèrent rapidement, et au bout de quelques jours M. Tillaux, se souciant peu de pousser plus loin ses in-

vestigations, à propos d'une tumeur dont le malade ne demandait pas à être débarrassé, lui donna le conseil de rentrer chez lui, et de revenir le voir, lorsqu'il se trouverait trop incommodé par son affection.

Peu de semaines après, Louis Pr..., rentrait à l'Hôtel-Dieu. Sa tumeur avait augmenté de volume, elle semblait encore si nettement fluctuante, que, malgré l'insuccès d'une première ponction, M. Tillaux, se décida à en faire une seconde, en prenant toutes les précautions, pour que la canule fonctionnât bien.

Comme la première fois, il ne sortit aucun liquide.

A quelque temps de là, le malade se plaignit de gêne dans la défécation. M. Tillaux, pratiqua le toucher rectal, ce qu'on n'avait pas songé à faire jusque-là, puisque rien n'avait attiré l'attention de ce côté. Il fut stupéfait de sentir la tumeur au-dessus de la prostate, remplissant tout le petit bassin.

A quoi donc avait-on à faire ? Les deux ponctions infructueuses devaient faire renoncer à l'idée d'un kyste, l'indolence complète de la tumeur, sa marche lente, l'état général du malade ne permettaient pas de croire à une tumeur maligne, si bien qu'on songeait, à cause de la fluctuation, à un lipome ou à un myxôme, ou peut-être s'agissait-il d'un fibrome péri-pelvien analogue à celui que, M. Tillaux avait extirpé du bassin, à l'hôpital Lariboisière en 1875 (1).

Quoi qu'il en soit, le malade réclamant une opération qui le débarrasse de son mal, M. Tillaux crut devoir céder à ses instances, et il se décida à faire la laparotomie.

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*. Décembre 1875.

L'opération fut pratiquée dans la salle spéciale aux ovariotomies le 15 février 1890.

Une incision fut faite sur la ligne médiane avec précaution, on arriva sur le péritoine, sans avoir rien rencontré dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Le péritoine fut ouvert dans une étendue de 0, 12 centimètres ; on vit, immédiatement, l'épiploon, et derrière lui, un second feuillet péritonéal, directement appliqué sur la tumeur.

Introduisant la main tout entière, dans le ventre, M. Tillaux constata que la tumeur, non pédiculée, était adhérente partout au bassin, et à tout le plancher pelvien.

Ce n'était donc, vraisemblablement, ni un fibrome, ni un myxome, ni un liprome, mais sans doute un sarcome encéphaloïde !

M. Tillaux, en face d'une tumeur aussi grave, ayant des adhérences aussi étendues, fut effrayé des dégâts qu'il allait être obligé de pratiquer pour l'enlever ; il était sur le point de s'arrêter, de refermer l'abdomen, et de terminer là l'opération, lorsque, hanté par l'idée de la fluctuation qu'il avait si nettement perçue, il voulut une dernière fois éclaircir son doute, Prenant une grosse canule de l'aspirateur Potain, il l'enfonça dans la tumeur : rien ne sortit.

Il retira la canule avec précaution, et on put voir à travers l'orifice, qu'elle laissait sur la tumeur, une sorte de grumeau blanchâtre, qui ne pouvait être qu'un fragment de membrane hydatique.

Saisissant, alors, un bistouri, M. Tillaux fendit la tumeur dans toute sa hauteur, et il s'en échappa une masse considérable d'hydatides (un litre au moins), de grosses, de petites, de

vivantes, de flétries, mais sans une goutte de liquide ; on vida le kyste avec une cuillère ; on lava sa cavité avec soin ; les bords de la poche, suturés en bourse, furent réunis à ceux de la plaie pariétale, et on plaça deux gros tubes dans la plaie.

Le malade n'eut pas un seul jour de fièvre à la suite de l'opération.

Le pansement à la gaze et à la ouate salolées fut changé tous les jours.

Le 24 février. — On enlève trois des fils péritonéaux et on supprime un des tubes.

Le 25 février. — On enlève les derniers fils, et on raccourcit le tube qui reste.

Le 20 mars. — Le malade qui ne sent aucune douleur, qui, à aucun moment, n'a éprouvé une gêne quelconque de la miction commence à se lever.

Le 28 mars. — On l'envoie à Vincennes.

Sa plaie abdominale est complètement cicatrisée ; il ne reste qu'une fistule d'une profondeur de 0,07 centimètres, dans laquelle est maintenu un drain de la grosseur d'un porte-plume.

Il s'échappe, environ, une cuillerée à café de sérosité purulente dans les 24 heures.

1^{er} mai 1890. — Nous avons revu le malade qui est rentré chez lui. Il se porte très bien, et sa fistule est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VII

In thèse Legrand.

Observations sur plusieurs kystes hydatiques contenus dans le foie et l'épiploon, sur un étranglement d'intestin à l'intérieur de l'abdomen et sur une rétention d'urine par développement d'un kyste dans les parois de la vessie, par M. Le Sauvage, docteur médecin, à Caen (Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris, 1812-1813, t. III).

M. Alexis B..., âgé de 61 ans, ébéniste, de moyenne stature, assez bien musclé, avait toujours joui d'une bonne santé, depuis la puberté jusqu'à l'époque que nous allons bientôt indiquer, et après quelques engorgements lymphatiques qui s'étaient dissipés, par l'effet de son accroissement. Ces engorgements s'étaient particulièrement développés dans le mésentère, et avaient produit le carreau, mais à un faible degré. Vers l'âge de 18 ans, il était encore survenu une tuméfaction des glandes sous-maxillaires.

M. B... avait à peu près 40 ans, lorsqu'il s'aperçut que le volume de son abdomen augmentait, et ce fut seulement, après cinq ou six ans de ce changement d'état, que cette partie offrit le volume, qu'elle a chez une femme enceinte de sept à huit mois. Il n'y eut ni douleur, ni gêne dans le lieu affecté. Aucune fonction ne fut sensiblement lésée, et le malade, très dispos, jouissait de toute sa gaieté habituelle. Le malade, qui, à cette époque, méritait à peine ce nom, resta stationnaire pendant plusieurs années. Mais au mois d'avril 1811, le volume de l'abdomen augmenta de nouveau. Plusieurs tumeurs, plus ou

moins volumineuses que le poing, se dessinèrent à travers ses parois.

Au mois de septembre, il survint brusquement une ischurie. Le malade fut sondé avec beaucoup de difficulté. La sonde resta quinze jours dans la vessie, et lorsque après ce temps on voulut l'ôter, les accidents se reproduisirent, et on fut obligé d'en continuer l'emploi. Cependant, elle fut enlevée sans inconvénients quelques jours après.

Au mois de mai 1812, l'ischurie reparut et le cathétérisme fut de nouveau très difficile. Le même accident fut encore combattu, par le même moyen, au mois de septembre ; chaque fois, la sonde resta dans la vessie quinze jours ; en dernier lieu, elle fut ôtée le 18 octobre.

Dans la nuit du 20, la maladie reparut.

Le 21.— Les accidents étaient peu graves et le malade rendait un peu d'urine. A minuit, la rétention fut complète. On tenta vainement d'introduire une sonde dans la vessie.

Mon confrère, M. Ameline, fut appelé auprès du malade, et il lui fut impossible de vaincre l'obstacle qu'il rencontrait vers le col de la vessie.

Je fus mandé le 12, à 3 heures de l'après-midi. Je me rendis auprès du malade, et je le trouvai dans l'état suivant : l'abdomen était distendu, comme je l'ai indiqué, par plusieurs tumeurs plus ou moins circonscrites qui faisaient saillies à travers les parois. L'une d'elles proéminait un peu, au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, et elle était le siège de douleurs aiguës. Le malade souffrait beaucoup, et faisait de vains efforts pour uriner. Il avait beaucoup de fièvre et de la chaleur à la peau.

Il existait dans le rectum une tumeur volumineuse, lisse,

uniformément distendue et qu'on pouvait déprimer un peu à l'aide d'une légère pression. Elle avait été prise, précédemment, pour un engorgement de la prostate. Nous ne crûmes pas pouvoir douter qu'elle ne fût formée par la vessie très distendue.

Quoique la rétention existât depuis deux jours, il fut impossible de s'assurer du volume de la vessie, qui se trouvait confondue avec les tumeurs de l'abdomen. J'essayai de pénétrer dans son intérieur, d'abord avec une algalie ordinaire, puis avec une seconde dont l'extrémité était conique. On pouvait facilement arriver jusqu'au col de la vessie, mais, on y rencontra un corps légèrement mobile, qui cédait à une faible pression, pour revenir avec une espèce d'élasticité lorsqu'on cessait de le pousser avec l'algalie. Nous ne jugeâmes pas à propos de forcer cet obstacle, et nous remîmes au soir à prendre une détermination, si de nouvelles tentatives de cathétérisme étaient infructueuses.

Le soir, les mêmes difficultés se reproduisirent, et il fut décidé qu'on devait recourir à la ponction, parce que les accidents qu'éprouvait le malade ne permettaient pas de différer plus longtemps. L'impossibilité de trouver au-dessus du pubis la vessie, masquée par les tumeurs de l'abdomen, nous porta à faire la ponction par le rectum. Elle fut pratiquée à l'aide du trois-cart courbé par M. Ameline. A peine le poinçon fut-il retiré, qu'il sortit par la canule un fluide limpide, incolore, et presque en même temps, l'urine coula par la verge avec facilité et à plein canal. Les deux jets de liquide continuèrent, mais celui qui sortait par la canule finit bientôt par être interrompu.

Dès que l'urine, qui était fortement colorée en brun, eut

commencé à sortir, je fus frappé de la différence qui existait dans la couleur des deux liquides; c'est ce qui me porta à goûter celui qui sortait par la canule. Je reconnus qu'il n'avait nullement la saveur d'urine, et qu'il était seulement un peu salé. Cette circonstance m'éclaira bientôt, sur la nature de la tumeur du rectum, et je ne balançai pas à avancer que le trois-cart avait pénétré dans un kyste situé entre cet organe et la vessie.

Mon opinion fut saisie par M. Ameline, et elle semble appuyer celle que j'avais émise sur la nature des tumeurs de l'abdomen. L'urine ayant cessé de couler, j'introduisis dans le canal une sonde de gomme élastique qui pénétra dans la vessie avec beaucoup de facilité. Il sortit une nouvelle quantité d'urine. Le tout pouvait être évalué à plus de quatre litres. Le malade se trouva très soulagé. La sonde fut laissée dans la vessie. La canule du trois-cart, qui devenait inutile fut enlevée de suite.

Je ne vis ensuite le malade qu'à de longs intervalles. Il éprouva bientôt tous les symptômes d'une péritonite dont le siège paraissait être spécialement vers la tumeur, au-dessus de l'arcade fémoral du côté gauche et dans la région voisine de la vessie. Il s'y joignit une fièvre adynamique. Enfin, après avoir éprouvé divers accidents, sur lesquels je n'ai pu me procurer de notions précises, et qui, d'ailleurs, n'auraient pas été de nature à ajouter beaucoup aux détails qui vont suivre, le malade mourut le 3 décembre, après avoir éprouvé pendant les derniers jours des vomissements répétés.

L'ouverture du cadavre fut faite le 4 à midi. A mon arrivée, l'abdomen était ouvert et on avait procédé à quelques recherches de peu d'importance.

On apercevait dans l'hypocondre droit et à l'épigastre une énorme tumeur blanchâtre, lisse, mamelonnée dans quelques points, surmontée de deux tumeurs analogues, dont une, située à droite, avait presque le volume de la tête d'un enfant. Elles paraissaient ensemble pouvoir contenir cinq à six litres de liquide. Il était facile de reconnaître que cette masse était formée aux dépens du foie, et on reconnaissait quelques traces de son organisation dans quelques points des parois. Le petit lobe était à peu près intact. La vésicule biliaire était collée à la partie inférieure de la tumeur principale. Elle était rétrécie et contenait très peu de bile.

On commença par ouvrir la tumeur annexée au côté droit de la masse principale ; elle était remplie par un peu de liquide incolore et par un nombre considérable d'hydatides vésiculaires ; elles avaient, en général, le volume d'un œuf de pigeon. Quelques-unes étaient entières et remplies d'un fluide incolore. Mais le plus grand nombre était affaissé, decolour jaunâtre et agglutiné par une substance muqueuse de même couleur.

La masse principale fut également ouverte ; elle contenait, ainsi que les prolongements qui rendaient sa surface mamelonnée, une quantité innombrable de mêmes hydatides. La plupart étaient désorganisées, mais leurs débris étaient blanchâtres, nageant dans un liquide incolore, et n'offraient nullement la couleur jaune du premier sac.

On découvrit plusieurs autres tumeurs dans les épiploons : les plus volumineuses avaient la grosseur du poing, et elles contenaient également une grande quantité d'hydatides. Elles avaient à l'extérieur, comme celles du foie, un aspect blanchâtre, assez semblable à de la graisse solide. Leur tissu était comme fibreux.

Les parois de la grande tumeur, plus épaisses dans quelques points, avaient une dureté cartilagineuse et criaient fortement sous l'instrument qui les divisait.

A l'intérieur, leur membrane était comme feuilletée, les petites lames étaient jaunâtres et les cavités offraient quelque analogie avec celles des grands anévrysmes de l'aorte.

On porta ensuite les recherches sur d'autres viscères. On trouva les circonvolutions de l'intestin grêle unies entre elles avec les parois de l'abdomen, au moyen de brides celluleuses, ce qui indiquait manifestement que ces parties avaient été le siège d'une péritonite. Mais on fut surtout très surpris de trouver l'intestin iléon fortement coloré en rouge brun dans une étendue de dix-huit pouces à peu près, et offrant tous les signes d'une vive inflammation. Les deux extrémités de cette portion d'intestin se trouvaient fixées à la paroi abdominale, au-dessous et au côté gauche de l'ombilic, au moyen d'une bride celluleuse qui avait exercé sur elle une forte constriction, ainsi que sur la partie du mésentère qui soutenait toute la portion malade de l'intestin. Il devint manifeste, que cette altération était la cause des vives douleurs que le malade avait ressenties dans le côté gauche, et elle donna l'explication des vomissements qu'il avait éprouvés dans les derniers jours, ainsi que de la mort qui en était, immédiatement, la conséquence.

On découvrit ensuite la vessie qui était masquée par les adhérences des circonvolutions intestinales. Toute sa partie supérieure était sphacélée ; elle fut détachée par une simple traction et s'offrit sous la forme d'une membrane grisâtre et à demi-pulpeuse ; le reste de l'organe était tellement déjeté à droite et désorganisé à son intérieur, qu'on fut obligé d'intro-

duire une sonde dans l'urèthre, pour bien s'assurer que c'était lui. Cette introduction fit reconnaître, que le canal était bifurqué à son extrémité vésicale, par l'effet d'une fausse route, qui avait été anciennement pratiquée. La distension de la vessie était peu considérable. L'intérieur de cet organe n'offrait point de saillies musculaires prononcées. La membrane muqueuse était épaissie, marquée de beaucoup de taches noirâtres, principalement vers le col. A un grand pouce de cette partie et du côté gauche, il existait une ouverture qui conduisait dans une cavité, qui aurait pu contenir un verre de liquide. Cette ouverture était de forme ovalaire et avait près de un pouce de hauteur. La circonférence était comme frangée dans quelques points et les portions de frange, qui étaient une continuité de la membrane muqueuse, avaient la couleur noirâtre qu'on remarquait dans cette membrane.

Il fut bien évident que l'arrière-cavité, qui répondait à la paroi antérieure du rectum, était formée aux dépens du corps même de la vessie, et les fibres musculuses y étaient aussi apparentes qu'à l'intérieur de la cavité principale.

Ces particularités, sur lesquelles j'appelai plusieurs fois l'attention, furent reconnues par tous les assistants, et servirent à expliquer les phénomènes qui ont été observés lors de la ponction par le rectum. La prostate était dans son état naturel. Il en était de même des autres viscères de l'abdomen, de l'estomac, de la rate, etc. Seulement, le rein droit était un peu diminué de volume par l'effet de la pression qu'exerçait sur lui la tumeur du foie.

Remarque. — Les détails que j'ai donnés sur les circonstances particulières que je rencontrai en essayant de

sonder le malade et l'état de la vessie après la mort, semblent indiquer qu'il s'était formé un kyste sous la membrane muqueuse de la vessie ; que ce kyste s'était développé dans le tissu cellulaire situé entre cet organe et le rectum ; que devenu volumineux, il s'était appuyé sur le col de la vessie et avait, alors, occasionné la rétention d'urine ; qu'à l'époque où la ponction fut faite, le kyste ne communiquait nullement avec la vessie, mais que la communication entre les deux cavités avait été le résultat de l'altération de la membrane muqueuse, dont on voyait les débris autour de l'ouverture.

Il est très probable que le kyste de la vessie renfermait des hydatides comme ceux de l'abdomen. Ce qui semble confirmer cette opinion, c'est qu'au rapport de la personne qui voyait habituellement le malade, il sortit pendant plusieurs jours des matières presque muqueuses par l'ouverture faite au moyen du trois-cart et que d'ailleurs, on connaît plusieurs exemples de cette espèce d'altération que j'ai déjà rencontrée une fois dans les pavillons de la Faculté.

OBSERVATION VIII

In Thèse Legrand.

Observations sur des sacs membraneux pleins d'hydatides sans nombre, attachés à plusieurs viscères du bas ventre et découverts par l'ouverture d'un cadavre, par M. Morand (Mémoire de l'Académie royale des Sciences Paris. 1722, p. 158).

Un soldat de l'Hôtel royal des Invalides, qui portait depuis

Longtemps des tumeurs dures en plusieurs endroits du bas-ventre, souffrant plus qu'à l'ordinaire au commencement du mois de juillet 1722, fut obligé de garder le lit, et le 13 du même mois, commença à se plaindre d'une suppression d'urine.

Les soins apportés par M. Maloët, médecin de l'Hôtel, mon père, chirurgien major, et moi, soulagèrent notre malade de ce dernier accident. La sonde n'ayant procuré aucune issue à l'urine par des difficultés dont on trouvera la cause dans la suite de ce mémoire, j'en tirai plus de deux pintes par une ponction faite à la vessie dans la région hypogastrique. Je tirai cinq hydrides par une incision au périnée, faite pour connaître le corps étranger que l'on soupçonnait au col de la vessie. Le surlendemain de cette opération, le malade urina lui-même copieusement, et, quelques heures après, malgré l'évacuation naturelle et celle qui avait été procurée par art, il mourut le 19 du dit mois, sans avoir eu un instant le ventre et surtout la région de la vessie moins élevée après qu'avant les évacuations.

Cette dernière circonstance nous parut d'autant plus remarquable, qu'elle ne pouvait plus avoir pour cause la présence de l'urine, et l'éclaircissement ne pouvait être tiré que par l'ouverture du cadavre.

Voici les particularités que celle du bas-ventre, où était le siège de la maladie, me présenta.

J'y trouvai d'abord beaucoup de confusion et d'adhérence de parties contre l'ordre naturel. En particulier, après avoir écarté les intestins grêles, pour examiner essentiellement les parties du bassin, j'aperçus le centre de la région ombilicale occupé par une poche très ample, attachée à la partie postérieure du fond de la vessie par des tuniques communes à l'un et à

l'autre, appuyée sur les gros vaisseaux à la distribution inférieure des grands troncs et remplissant par sa base une partie du bassin de l'hypogastre.

Elle avait huit pouces de longueur et presque autant de diamètre, elle était assez grande pour donner à entendre combien elle devait gêner la vessie à laquelle elle était adossée, et repousser de bas en haut la plupart des intestins, même l'estomac, dont le fond était caché sous le diaphragme, tant il avait été resserré.

Ce viscère n'était pas encore à son aise où le sac l'avait cantonné, car il avait à ses côtés le foie et la rate qui, étant garnis de plusieurs autres poches, occupaient plus d'espace qu'à l'ordinaire.

Ce sac, s'allongeant derrière le col de la vessie, remplissait tellement le bassin de l'hypogastre qu'à peine l'intestin rectum y pouvait trouver place, et les adhérences de ce boyau à la poche étrangère étaient si fortes, que l'intestin s'était déchiré sans en avoir pu être détaché.

La plaie du périnée répondait à cette poche membraneuse, et dans les mouvements nécessaires pour séparer ces parties, il sortit par l'ouverture plusieurs hydatides pareilles à celles qui furent tirées par l'incision, et qui me firent conjecturer que les poches attachées aux autres viscères en contenaient de même espèce.

Pour en faire l'examen, connaître l'état de la vessie et déterminer quel obstacle pouvait s'être opposé à l'issue de l'urine par la sonde, il fallait ouvrir les parties ; mais, comme je prévoyais qu'elles devaient présenter bien des particularités, je crus que la démonstration en devait être faite en même temps que l'ouverture dans l'Académie même.

Pour ouvrir d'abord la vessie, qui faisait mon objet principal, j'introduisis dans le canal de l'urètre une sonde creuse, qui ne trouva point les obstacles que je m'étais imaginés, et me conduisit dans l'intérieur de la vessie. A la faveur de cette sonde creuse, j'ouvris la vessie qui me parut bien plus petite qu'on aurait dû la croire. Elle contenait au plus, environ, deux cuillerées d'une urine sanguinolente. Loin d'être fort distendue, elle était au contraire assez resserrée et sa surface interne paraissait garnie de grosses fibres charnues, qui se croisaient en tous sens.

La poche attachée derrière le fond de la vessie fut ouverte ensuite ; elle était pleine d'hydatides de différentes grosseurs, dont les unes pleines de liqueur, les autres vides et comme repliées dans les intervalles des hydatides pleines, auraient représenté par leur arrangement les graines d'une grosse grenade onverte, si elles eussent été plus petites.

A la partie moyenne et postérieure de la vessie, ce sac membraneux avait un fond qui le séparait absolument d'un autre sac placé au-dessus, lequel était aussi plein d'hydatides et qui, repoussant la vessie du fond du bassin vers le pubis, éloignait son col de l'incision au périnée.

La grande quantité d'hydatides qu'il renfermait tenait sa tunique tendue, au point que la surface interne de la vessie qui doit être concave, étant comprimée postérieurement, faisait convexité en dedans, ce qui avait sans doute fait la résistance remarquée avec la sonde du vivant du sujet.

Peut-être même cette partie moyenne du fond de la vessie avancée en devant, était-elle assez rapprochée de l'urètre pour s'opposer à la sortie de l'urine par la sonde, quoique entrée dans la vessie, parce que cette éminence intérieure, faite

par la compression d'une poche ronde, pouvait avoir à ses côtés deux parties caves où l'urine s'étant retirée, se trouvait éloignée des yeux de la sonde qui elle-même, s'étendait peu au-delà de l'ouverture de l'urètre.

La vessie entre ces deux sacs n'avait de détaché que deux doigts de son fond. Du reste, on eût dit que ces trois parties étaient une et même ; elles étaient, à la vérité, enveloppées d'une même tunique, mais leurs capacités étaient très distinctes et sans aucune communication entre elles, la tunique commune était très épaisse. Il y a toute apparence que ces deux sacs étaient faits par différentes dilatations de la tunique extérieure que le péritoine fournit à la vessie, de façon que les hydatides étaient contenues entre elle et la deuxième tunique.

OBSERVATION IX (1).

In *Th. Legrand*.

Un tailleur, âgé de 50 ans, entra en 1797 dans un des hôpitaux de Göttingen et reçut les soins du professeur Richter. Il portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, obscurément fluctuante, formée de plusieurs lobes. L'émission des urines et la défécation étaient libres. La fièvre hectique, le délire, la diarrhée colliquative, la leuco-phlegmasie survinrent et emportèrent le malade.

A l'autopsie l'on trouva :

1^o Un kyste hydatique dans la paroi abdominale s'étendan

1. Richter, *Journal de Chirurgie de Chrestien-Loder*, 1797, t. Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 509.

de la région précordiale à l'ombilic. Un second kyste, d'un volume égal, se trouvait à côté du précédent et dans la région du foie, développé sous le péritoine; il contenait des hydatides. La paroi abdominale contenait dans son épaisseur un certain nombre de kystes hydatiques plus petits ;

2° Un kyste hydatique volumineux dans la duplicature de la séreuse de l'estomac ;

3° Au voisinage de la vessie, on rencontra un sac volumineux, contenant un liquide clair et plusieurs hydatides ; ce sac était situé entre le péritoine et l'extrémité supérieure de la vessie ; on put l'énucléer complètement, et ce n'est qu'alors qu'on aperçut la vessie elle-même.

OBSERVATION X (1)

In Thèse Legrand.

Georges B... entra à King's, College Hospital, le 31 août 1842, il était âgé de 28 ans et avait été d'une bonne santé, avant les dix dernières années ; alors, son ventre avait commencé à grossir sans qu'il en souffrit, excepté que depuis, il avait toujours été tourmenté par la bile. Il y a 5 ans, il eut une maladie grave qui paraît avoir été la fièvre typhoïde ; il guérit parfaitement, mais le ventre continua de grossir jusqu'à il y a 3 ans ; à dater de cette époque, il resta stationnaire. Il y a six semaines, il fut pris d'un mal de gorge et d'un éry-

1. Budd. *On diseases of liver*. London, 1857, p. 440. Davaine, p. 510.

sipèle à la tête qui dura quinze jours ; depuis lors il maigrit, et vomit presque tout ce qu'il prit.

Au moment de son admission à l'hôpital, il était très amaigri ; il vomissait tous les aliments et avait de la diarrhée ; l'urine et les fèces étaient rendues involontairement ; ventre très volumineux ; partie inférieure du thorax très élargie. Un grand nombre de tumeurs dures, de la grosseur à peu près d'une orange, pouvaient être senties à travers la paroi du ventre, mais il n'y avait pas de fluctuation ; la matité, à la percussion du foie, s'étendait considérablement au-dessous des fausses côtes ; le son clair de l'intestin s'entendait suivant une ligne transversale passant par l'ombilic ; dans le reste du ventre, la percussion produisait une résonnance qui n'était ni tout à fait claire, ni tout à fait mate, donnant l'idée d'une couche solide placée sous les muscles abdominaux et recouvrant les intestins.

Le malade s'affaiblit graduellement et mourut le 3 septembre.

A l'ouverture de l'abdomen, on vit un grand nombre de tumeurs globuleuses en rapport avec l'épiploon ; quelques-unes contenaient une hydatide solitaire, pleine d'un liquide transparent ; d'autres en contenaient de deux à cinquante au plus ; il y en avait de tout à fait solides, remplies qu'elles étaient d'un grand nombre d'hydatides sans liquides et pressées dans leur kyste comme des raisins secs. L'épiploon était soulevé par les tumeurs ; l'intestin au-dessous, était parfaitement sain, le colon passait suivant la ligne qui donnait un son clair à la percussion observé pendant la vie.

Quelques tumeurs de la même nature étaient en rapport avec le foie, lui donnant un volume énorme ; le parenchyme

de cet organe était tout à fait sain. Quelques-unes des tumeurs étaient en partie enclavées dans sa substance et la vésicule biliaire communiquait avec l'un des kystes. Le plus grand contenait environ une demi-pinte de liquide.

Des tumeurs de même nature étaient aussi en rapport avec la rate et une autre était adhérente au sommet de la veine urinaire. Tous les grands kystes étaient globuleux, comme aussi les hydatides contenues.

OBSERVATION XI.

In thèse *Legrant*.

Bulletin de la Société anatomique de Paris. *Mars 1853.*
28^e année, p. 76).

M. Pize montre un foie et les organes du bassin remplis de kystes hydatiques ;

Un homme, âgé de 24 ans, est entré le 1^{er} mars 1853, salle Saint-Ferdinand, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau. Ce sujet s'est aperçu, dès l'âge de 10 ans, qu'il portait des tumeurs dans la cavité abdominale.

Deux fois déjà, il a été assez malade pour entrer dans des hôpitaux de province, où on lui a appliqué des vésicatoires sur la paroi abdominale antérieure et fait des frictions avec une pommade qu'il ne connaît pas.

Huit jours avant son entrée à Necker, il a été pris subitement, en urinant, de douleurs abdominales intenses. A partir de son entrée, il a présenté les symptômes suivants :

Le ventre est considérablement ballonné ; on sent à travers

ses parois des tumeurs dures, arrondies, mais la palpation excite des douleurs fort vives, surtout à la région hypogastrique.

La percussion donne une matité considérable dans presque toute l'étendue de l'abdomen ; mais on trouve, à gauche, une sonorité anormale qui décèle le refoulement de l'intestin grêle vers ce côté. L'auscultation fait entendre le frémissement hydatique.

Le malade a de la céphalalgie, de la fièvre, une grande difficulté à respirer ; les yeux sont enfoncés, les conjonctives et la peau ont la coloration jaunâtre de l'ictère, la face exprime une vive anxiété, l'anorexie est complète, la miction difficile et douloureuse. Le malade éprouve des douleurs très vives qu'il compare à des coliques ; depuis plusieurs jours, il ne va pas à la selle ; tout décubitus, surtout le dorsal, lui est douloureux et impossible à tenir ; il est presque constamment assis sur son lit et ne peut goûter le sommeil.

Il devient évident, d'après tous ces symptômes, qu'on a à faire à des tumeurs hydatiques anciennes et à une péritonite aiguë. On ordonne au malade, pour boisson, une décoction de graine de lin nitrée, on lui fait une application de trente sangsues sur le ventre, on met des cataplasmes laudanisés et l'on donne deux quarts de lavement émollient. Les jours suivants, on continue la tisane et les cataplasmes, mais la douleur augmente, le pouls s'élève et s'affaiblit, il survient des vomissements d'abord bilieux, puis mélangés avec des matières stercorales. Enfin le malade mourut le 7 mars.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un litre environ, d'un liquide citrin : le péritoine est recouvert de fausses membranes, le foie est déformé et très volumineux et présente plu-

sieurs kystes contenant des hydatides nageant dans un liquide incolore et très abondant. Ces vésicules sont d'un volume variable, depuis celui d'un noyau de cerise, jusqu'à celui d'un œuf de poule. D'autres kystes contiennent des débris de vésicules et une bouillie puriforme dénotant l'ancienneté de ces tumeurs et un travail inflammatoire antérieur.

Un kyste très remarquable est situé sur le bord convexe du foie, adhère au diaphragme qu'il a perforé et fait saillie dans les cavités thoraciques, où il est relié à la lèvre pariétale par des fausses membranes dures, blanches et épaisses.

Au-dessous de ce kyste, sur la face inférieure du foie, s'en trouve un autre à parois dures, épaisses, comme cartilagineuses, rugueuses sur leur face interne. Il est rempli d'un liquide jaune verdâtre dans lequel nagent de nombreuses paillettes micacées ressemblant à des cristaux et cholestérine.

A droite et sur le bord antérieur du foie, se trouve un autre kyste renfermant également de ces paillettes micacées, mais dépourvu de liquide et contenant, en revanche, une matière pseudo-membraneuse de couleur verdâtre, ressemblant à ces membranes gélatiniformes qui servent à constituer quelques plantes de la famille des algues.

La vessie est hypertrophiée. Ses parois ont un centimètre environ d'épaisseur. La muqueuse est d'une couleur ardoisée. A côté, l'on voit des lacunes ulcérées, entourées par des faisceaux musculaires très développés. Près du sommet, dans un espace large comme une pièce de un franc, les parois sont ramollies, brunes et prêtes à se rompre. Tout à fait au sommet est un kyste d'hydatides du volume du poing. Sur la face postérieure sont plusieurs kystes contenant également des hydatides et remplissant presque tout le bassin avec les parois

duquel ils ont contracté des adhérences difficiles à rompre.

Les tumeurs de la vessie dont il s'agit étaient évidemment situées dans les parois mêmes de l'organe, au-dessous du péritoïne qui les revêtait et leur donne un aspect lisse et poli, mais elles sont développées extérieurement à la cavité de l'organe, qui contenait une grande quantité d'urine trouble et épaisse.

Les uretères et les reins étaient également distendus par une grande quantité d'urine, mais saine et limpide. Aucun de ces organes ne contenait d'hydatides, leur tissu était d'ailleurs parfaitement normal.

Les tumeurs décrites précédemment avaient fait subir aux viscères des déplacements assez considérables. L'intestin grêle était refoulé dans l'hypochondre gauche. Le cœcum était adhérent à la tumeur décrite au bord antérieur du foie. Les côlons ascendant et transversé adhéraient dans presque toute leur étendue à ce même bord. Puis de son extrémité gauche partait le côlon descendant, se dirigeant obliquement de gauche à droite et de bas en haut, de telle sorte que l'S iliaque se trouvait dans la fosse iliaque droite et se continuait avec le rectum en un point correspondant à l'extrémité droite du diamètre transverse du détroit supérieur. Au niveau de ce point, l'intestin était comprimé par les tumeurs situées sur la face postérieure de la vessie.

Les deux canaux différents, longeaient les côtés des tumeurs postérieures et semblaient avoir dû être comprimés par celle-ci.

J'ajouterai, comme résultat de l'autopsie, que j'ai entendu très distinctement, à l'aide du stéthoscope, le frémissement hydatique sur le foie détaché et déposé sur la table.

Réflexions. — La difficulté de la respiration du vivant

du malade s'explique par la gêne que devait éprouver dans ses mouvements le diaphragme refoulé par un foie énorme et perforé en outre par une tumeur considérable.

Si le décubitus dorsal surtout était impossible, c'est que dans cette position les viscères devaient être comprimés davantage par les tumeurs abdominales.

Ne trouve-t-on pas une raison d'être des vomissements de matières fécales, dans la compression de l'intestin au niveau du détroit supérieur du bassin ?

Quant à la péritonite, ne pouvait-elle avoir pour cause l'effort de miction qui amena si brusquement la douleur ? Quelques gouttes d'urine n'auraient-elles pas alors passé à travers cette partie de la vessie brune et ramollie dont nous avons parlé ?

Disons, en terminant, que ce cas présente un exemple assez beau des accidents divers que peuvent produire les tumeurs hydatiques, remarquables, ici d'ailleurs, par leur présence à la vessie. Cas, au moins, très rare, s'il n'est pas le premier qui soit constaté dans la science.

OBSERVATION XII

Volumineux kyste hydatique de la vessie.

Feenwick. British medical Journal, 1891.

Feenwick donna l'observation d'un malade, âgé de 25 ans, qui avait été soigné, pendant six mois, par Debenham, pour des maux de tête tenaces, des vomissements répétés le matin et un amaigrissement progressif ; six jours avant sa mort, on constata une grande irritabilité de la vessie, consistant en rétention d'urine. Une vaste tumeur, demi-fluctuante, qu'on sen-

tait par le toucher rectal, remplissait tout le petit bassin ; elle était séparée de la prostate, mais, elle avait refoulé les vésicules séminales et les canaux déférents en arrière ; la vessie a été repoussée vers le haut et vers la droite ; un cathéter peut être passé, après une longue résistance, au niveau de la prostate ; mais, la vessie fut trouvée vide. Il était évident que les deux uretères avaient été étranglés à la surface du grand bassin par la tumeur ; dans le but de soulager temporairement l'état causé par la rétention d'urine, M. Feenwick fit une ponction aspiratrice, par le rectum, de la vessie, et retira quelques onces de liquide hydatique.

Les uretères vidèrent immédiatement leur contenu, et deux ou trois onces d'urine furent, brusquement, évacués par le cathéter. Le jour suivant arriva, spontanément, la valeur de 30 onces d'urine ; il fut, alors, décidé qu'une incision sus-pubienne serait faite, et le péritoine relevé à partir de l'extrémité supérieure de la vessie, celle-ci ouverte, évacuée ; mais, quelques heures avant l'opération projetée, le malade succomba subitement d'anurie. A l'examen, *post mortem*, on trouva un volumineux kyste hydatique, monoloculaire, remplissant le bassin et comprimant les deux uretères ; ces derniers et les bassinets, étaient considérablement distendus, et les reins tout à fait atrophiés. Aucun autre kyste hydatique ne fut trouvé. Le cerveau était normal.

M. Feenwick dit que beaucoup de cas semblables existaient dans la littérature médicale, depuis 1787. La plupart des kystes, étaient situés sous le péritoine, recouvrant la partie postérieure de la base de la vessie. Généralement, les cas pouvaient être divisés en kystes

placés à la partie inférieure, et causant la rétention par la compression directe de la prostate, et en ceux qui étaient situés plus haut, et ne provoquaient que peu de symptômes de troubles urinaires, jusqu'au moment où des altérations rénales avaient succédé à la compression en arrière sur l'un ou les deux uretères. La première variété, serait peut-être traitée, avec plus de succès, au moyen de la ponction par le rectum, si l'on s'y prenait à temps.

CONCLUSIONS

1° La pathogénie des kystes rétro-vésicaux ne semble pas absolument fixée, malgré des travaux récents. Il existe certainement, et des kystes intra-vésicaux sous-musculaires, et des kystes rétro-vésicaux sus-musculaires.

2° Le seul élément de diagnostic probant est la présence du frémissement hydatique ; la ponction exploratrice est souvent cause d'erreur.

3° Au point de vue du traitement, dans les kystes non suppurés, la voie hypogastrique sous-péritonéale nous semble la meilleure, pour éviter les chances d'infection.

Le procédé de Bobroff est séduisant, mais il faut attendre de nouvelles observations pour conclure.

Vu par le Président de la thèse
PAUL BERGER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE.

MORAND. — Mémoire de l'Académie des sciences ,1722.

CHARCOT. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, 1852.

PIZE. — Bulletin de Société anat. Paris 1853.

DOLBEAU. — Gazette des Hôpitaux, 1867.

HERN. — Australian médical Journal, 1879.

BOUILLY. — Thèse de Paris, 1880.

LEGRAND. — Thèse de Paris, 1890.

BECKEL. — Kystes du pancréas, 1891.

FEENWICK. — British médical journal, 1891.

TUFFIER. — Communicat. congrès chirurgie, 1891.

ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, 1892.

VINCENT. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1892.

BINAUD. — Archives cliniques de Bordeaux, 1893.

HERESCO. — Communicat. congrès d'Urologie, 1898.

LEGUEU. — Communicat. congrès d'Urologie, 1898.

JONNESCO. — Communicat. société chirurgie octobre 1898.

DAVAINE. — Traité des entozoaires 2^e édition Paris.

HACHE. — Dictionnaire des sciences médicales.

